

健康保険法改正に伴う今後の課題

土 屋 滋

はじめに

国民医療費は自然の成りゆきに任せておけば、①人口の高齢化、②疾病構造の変化、③医学・医療技術の高度化、④国民の医療ニーズの拡大・多様化、⑤医師数の増大や専門分化などによって、その増大は明らかである。この伸びは、国民総生産や国民所得の伸びを大幅に上回ってきている。

それに対して、医療保険の経営形態の合理化や医療保険の財源にかかわる負担の公平の問題が指摘されており、国民皆保険制度下においては、負担の公平と給付の平等を願う立場からも、医療保険の統合一本化が、医療従事者にとって長年の願いである。

昭和59年10月に健康保険法改正が行われ、さらに昭和60年4月に新年金体系が提示され、日本の社会保障と医療に関して、新たな方向性が打ち出されてきている。昭和59年10月の健康保険法改正は、従来の改正に比べて現行の医療保険制度に対する抜本的な改革の芽が顔を出しはじめているように理解される面が多いので、しばらくはその経過を観察してゆくことが大切だと考える。

医療従事者側からの願いとしては、医療を受ける住民側が、社会保障とともに、保健、医療、福祉に関して広い視野に立った正しい知識と理解をもつことであり、それには健康教育、保健意識とともに医療問題に対する教育、広報活動が非常に大切と考える。医療を例にとると、昭和36年以来の国民皆保険制度に次いで昭和47年、老人福祉法の改正に伴う老人医療費の無料化、昭和48年の健

康保険法改正に伴う高額医療費制度の創設、健保の家族給付の7割への引き上げ、政管健保への国庫補助の定率化(10%)、入院時家族給付の引き上げなどが高度経済成長にささえられて行われた。これら医療、福祉向上への努力と成果は、低成長時代に入り、人口の高齢化に伴う対象者の急増と医学、医療技術の進歩による高額化に代表される社会情勢の変化に伴い、国民負担が増大するとともに、一方では国民自身が恵まれた条件下で保健、医療問題に対する意識の低下を招いている点が指摘されてきた。その結果、科学技術の進歩、人口構造の高齢化、疾病構造の変化、価値観の変化などが保険医療に対して新たな認識と変革を求めざるをえなくなっている。

今回の健康保険法改正の趣旨は、最近の社会経済情勢にかんがみ、国民の経済力を勘案して、保険医療機関の健全な経営を図るものとして基本的には技術料の重視、プライマリーケアの推進、在宅医療の促進等、診療報酬の合理化の方向に沿っており、診療報酬改正の面からみると、医療費の適正化と医療経営の安定を図り、良質な医療の安定的供給を確保するように努めはじめています。

具体的な診療報酬改正の概要について厚生省の資料をみると、

- ① 病院、診療所のそれぞれのもつべき機能の充実を図るため、病院においてはその入院機能を、診療所においてはその外来機能を重点的に評価する
- ② 病院、診療所間の連携の強化を図り、医療機関間における検査データの共同利用等を促進し、医療資源の有効活用を図る

- ③ 最新の医療技術の進歩に即応し、診断、治療の効率を高めるなどの新医療技術を導入する
- ④ 技術重視の観点から、医学、医術の進歩、技術の難易度を勘案し、手術の再評価、引き上げを行い、診療行為間のアンバランスの是正を図る
- ⑤ ICU¹⁾、NICU²⁾、救命救急入院等、病院の集中治療機能および看護の適正評価を行う
- ⑥ 慢性疾患患者等に対する計画的な指導管理を重点的に評価する等、指導重視の医療を充実する
- ⑦ 在宅酸素療法等、在宅医療の導入、理学療法、精神科デイケア等、社会復帰医療の充実を図るとともに、往診、救急処置を評価する等、プライマリーケアの推進を図る
- ⑧ 医療費の適正化を図るため、材料費等について市場実勢価格に即した見直しを行うとともに、投薬、検査の包括化、合理化を行うなどがうたわれている。

本稿では、まずⅠ. 改正健康保険法にみられた改革の芽と考えられる点について論じた後、Ⅱ. 医療従事者の立場からの要望をいくつかの観点から論じ、そのうえでⅢ. 今後の課題としての医療保険制度の未来像へのアプローチを考えてみたい。

Ⅰ 改正健康保険法にみられる改革の芽

1. 被用者保険本人の給付率改定

被用者本人の給付率の改正は、本則では8割給付としたまま、附則で61年4月以後も国会の承認を得て厚生大臣が告示する日までの間は9割給付することとなった。このことは特定承認機関における医療費支給の改正（特定療養費）とともに、医療保険がまかなえる金額には限度のあることを明瞭にし、それに対して、個人負担、受益者負担を認めたことである。

医療保険に関するデータ分析から、「保険給付率の差は受診率にほとんど響かないが、医師が保険に請求する医療費には、かなりの違いをもたらす」といわれ、自己負担がほとんどゼロに等しい

患者の薬代や検査料は、2～3割高い傾向があるといわれており、この被用者本人1割負担の導入は、それなりに医療費の抑制効果をもたらすであろう。また、被用者本人の1割負担は、一種の療養費払いの導入とも解され、患者本人がある程度自分の懐から医療費を払うことによって、どの医師に診てもらった方がよいかなど、医療の質について考えるとともに、軽度の体調の変化に対して自分自身の生活を改善することによって対応するというような本人の健康に関する関心が高まることも考えられる。人々の健康や生命に対する関心が深まることは、ひいては予防や検診への早期対応が普及し、老人保健法の基本理念と合致して、包括的な保健医療体制への構築の道を促進することにもなりえよう。

2. 特定療養費

特定療養費は差額徴収の法制化でもあり、次の2種類がある。1つは高度先端医療と保険医療の調整を図るために都道府県知事が認めた特定承認保険医療機関で行うものであり、もう1つは、特別サービス、特別の治療材料すなわち室料差額ベッドや金歯などについて厚生大臣がそれを定めた保険医療機関で差額徴収ができるというものである。すなわち、現在の差額ベッドの取り扱い、そのまま追認されたことを意味している。

特定承認保険医療機関で行う高度先進医療は、保険適用以外の高度先進医療（例えば、癌の温熱療法、サイクロトロン³⁾による癌の治療、人工膵臓、レーザーによる診断、照射療法、脳血管電気凝固法など）が対象となり、これらに対して患者の個人負担によって医療を行ってよいという保険外医療の適応でできる保険医療機関の存在が認められた制度である。これは長い間の健康保険の医療制限の壁に風穴が通ったことでもあり、見方を変えれば、現行の現物給付出来高払い制度に対して、少ないながらも療養費払いの理論が取り入れられたものとも解され、これから先、社会的要請と科学技術の進歩に対する対応の流れを早めるとともに、医師に対しても自由市場における競争原理の導入にもつながり、よい意味での刺激とな

り、モチベーションを高めることにもなる。今回、診断、治療の効率を高める新医療技術の保険適応としては、レーザーメスの使用範囲の拡大、超音波メスの使用、経皮的冠動脈形成術(PTCA)⁴⁾、核磁気共鳴 CT (NMR-CT)⁵⁾などがあげられる。

3. 日雇特例被保険者

日雇労働者健康保険法を廃止し、その対象者を健康保険の体系に取り入れて、日雇特例被保険者とした。これは医療従事者の長年の要望であった医療保険の統合一本化へ向けてのスケジュールをつくる作業の足がかりを示唆する可能性を含んでいる。従来の限られた職場の労働者を対象に労働力政策を起点とした職場の福利厚生の色彩を残したまま、別立ての保険制度が多数併存している現状打開の動きとして考えられる。昭和57年の老人保健法の新設、今回の退職者医療制度の創設など、種々の財政調整が試みられ、各医療保険財政の平準化が進んでいる。しかし、これにとどまらず、医療保険の抜本的改革、効率的な経営と包括的な保健医療の実施を目指して、医療保険の経営形態を、例えば市町村を保険者とする地域保険制度に一元化したり、民営の地域総合健康保険組合に統一したりすることが強く望まれる。

4. 高額療養費

高額療養費は各医療機関が1人につき1ヵ月に1枚作成するレセプト(健康保険医療費請求明細書)ごとに要件が決まるが、今回の改正では個人負担額だけではなく、世帯の負担額ベースを導入して、同一世帯での医療費負担の軽減措置を図るとともに、長期間にわたる高額疾病患者のうち、腎透析と血友病に関しては自己負担額を1ヵ月1万円に軽減した。また、高額療養費の融資制度に対し、無利子で貸借する対策がすすんでいる。

5. 診療報酬体系の合理化

医療供給体制の合理化、効率化を図るには、経済的側面からのアプローチが大きな役割を演じる。点数改定の数値的な面は、以下具体的に示すように非常に多くの問題点を含んでいるもの、一

方では改定への理念や努力を評価し、大いにPRして前進してゆきたい。

(1) プライマリーケアの推進・充実の観点から

診療所における外来機能の重点評価という名目で、乙表の診察料のうち、再診料を病院で38点(1点10円)に据え置いたのに対し、診療所では39点とし10円引き上げた。特に内科、小児科を重視して、内科再診料を病院で28点に対して診療所では31点とし、乳幼児再診料も病院で38点に対し診療所では41点と改正している。往診料についても200点から240点に大幅に引き上げて、在宅ケア重視に対応している。これらは厚生省保険局資料「診療報酬改定の概要」から引用した文章である。在宅医療推進の観点からは、都道府県の承認を得た医療機関のみであるが、在宅酸素療法指導管理料として700点を月2回を限度に、在宅中心静脈栄養法⁶⁾管理指導料として700点を月2回を限度に、精神科退院時指導料100点などを新設している。

(2) 入院医療の安定的供給の確保と病院機能の評価の観点から

入院料の引き上げと特定集中治療室管理の評価が行われ、室料は1日110点から116点に、看護料は105点、80点を111点、84点に、給食料も120点を127点へ引き上げた。特定集中治療室管理加算も10日を限度に心電図検査や呼吸心拍監視などを包括して900点を1,700点に引き上げている。

(3) 病院、診療所間の連携の強化、機能分担を目指して、診療情報提供料を新設した。病院から退院時、診療所への患者紹介料400点、診療所から病院への入院または特殊検査紹介などに150点、開放型病院での協同指導料などが200点、100点を240点、150点に引き上げた。

(4) 投薬、検査の適正化、合理化の方向で処方料の包括化(現行内服薬8点、屯服薬4点、外用薬4点、自己注射等4点を一括処方料として12点に)、検査料の包括および適正化として血液生化学検査のまるめなどが強化され、例えば20項目以上の血液生化学検査は、現行の520点から470点へと軽減されている。この他にも細部にわたって改

定の趣旨に沿った種々の改定が行われた。しかし実際上、診療報酬改定は薬価差のなかで行われている点にも限界があり、日常生活感覚とのずれが大きい。

II 医療従事者側としての要望

医療従事者側としては種々の側面から数多くの見解が出されているが、今回はいくつかの観点から述べてみたい。

1. 被用者保険本人の給付率改定

これまでの10割給付は、医療を行う側にとっては種々の面で医療行為が行いやすいことが多かった半面、受療者側も、ただの医療が当然の如く思い、これは各人の健康への自覚や医療費に対する節約意識を乏しくするとともに、医療の機能分化ということに対しても無関心となりやすかった。重装備した大病院での受療志向が高まり、医療活動の流れに多くのムダがみられていた。医療を受ける受益者が、ある程度負担することになると、常にコスト意識が医療者側と受療者側双方に生まれ、ある程度の緊張感が養われる。そこに健康に対する関心度が生まれるものと思われる。物質的に豊かな時代にエリートとして育った多くの医師群が、科学技術優先で医学的知識が豊富となっているなかで行う医療には、適正な受益者負担の存在が必要と思われる。しかし、貧困のため、必要な受療行動が強く抑制されないためへの配慮、いわゆるミニマム・スタンダードとしての医療水準の確保は絶対に必要である。

国民の健康や医療に対するニーズは、生活水準の向上、健康に関する価値観や意識の多様化などによって多彩となってきたが、これに対応するには、患者の選択部分とともに医療提供者側にも競争原理の導入を伴ったモチベーションが必要である。

2. 特定療養費

入院時の室料などの差額徴収や高度先進医療を受けた場合の自己負担金などについては、法令に

基づくきちんとしたルールづくりをし、保険給付と多彩な患者のニーズとの調整を図るとともに、医師にも自由主義経済のなかで、医療問題における統制緩和という余地が認められはじめたと考えられる。

高齢化社会、高度医療技術の進歩など、医療費高額化は財政破綻を招くことが明らかに予測される。この時点で、保険制度の本質に立ち返り、相互扶助と連帯の精神から、年間を通じて、健康な人も含めた全国民を普遍する負担の公平、給付の平等を実践すべく、また現行の制度間の格差をそれぞれ解消すべく、統合一本化を目指すとともに、受益者負担分を新たに民間保険などとの抱き合わせにするなど医療対応の選択の余地を育ててゆきたい。

3. 医療保険の統合一本化への願い

日雇労働者健康保険法の廃止や、老人保健法における予防給付の考え方、今回の退職者医療制度などが、各制度間の格差是正にのみとどまらずに、昭和60年4月の年金法改正につづいて抜本的な医療保険制度の大改正へのスケジュールづくりに移ることを期待している。

国は国民皆保険の制度をとり、全国民を健康保険に強制加入させているのだから、加入者である被保険者にその制度について十分説明する義務があるはずで、種々のマス・メディアを介して現行の年金問題と同様に相手の立場に立ってやさしくわかりやすく、できるだけ具体的に例をあげて説明し理解を求めることが大切である。そのなかで、現在の各種の医療保険制度の実態について、各制度間の格差などにも、良きにつけ悪きにつけ率直に被保険者である国民が知りうるように情報を公開することが、将来展望への道となろう。

4. 高額療養費

社会保険方式のなかで、現物給付出来高払い方式は、医療担当者にとっては一生懸命に行うことによる出来高に応じて報酬が支払われたり、医学の進歩も保険に採用されることによってその医療技術を発揮しうるなど、非常に貴重なもので

あった。しかし、一方では個々の医師の人間性や技術差というもののが的確に反映されなかったり、資本主義社会のなかでの統制経済部分として数多くの問題をもっていた。

高度先進医療など急速な科学技術の進歩と適応の問題や終末期医療や脳死患者などの生命維持医療などの医療費高額化は、医療においても強くその効率性が求められ、そこで効率の悪い医療の一部は社会保険ではなく自由診療化され、新たな民間保険などの対応が必要と思われる。

高額医療費負担の軽減は、本来、医療保険制度の最も重要な部分ではあるが、その対象者数と量の急激な増加で、社会保険適応の限界の問題に至っている。このことは、効率性を無視することによって、本来、有効に活用されるべき部門への医療活動にしわ寄せが生じてくるからである。日夜、第一線の医療を守っている真面目なホームドクターでもある日本の多くの開業医などに、しわ寄せがいくことにもなり、医療の現場の混乱を助長することになる。

現物給付出来高払い方式に対して、米国のメディケアで試行されている診断分類別医療費支払制

度 (DRG : Diagnosis Related Groups)⁷⁾ などの概念の導入などが考えられたり、社会保険方式にも新たな民間医療保険を導入する考え方など、国民皆保険制度下での保険診療と自由診療との調和を求めることになってこよう。早晚、この高額療養費問題は、医療における効率化と社会保険適用の限界の原点にもなりえよう。

著者らは茨城県国民健康保険団体連合会における1ヵ月20万点以上の高額療養費請求患者の予後追跡調査を、各市町村の協力を得て行った。昭和55年6月から56年5月の1年間339例全例について行い、次いで翌昭和56年6月から57年5月までの1年間318例の全例について同様に調査した概要について付記したい。

初年度、339例中229例(68%)が死亡し、死亡例中、その期間は20万点以上の高額療養費請求月から3ヵ月以内が73%で、対象年齢分布は60歳、70歳代が各30%強を占めていた。全症例の性、年齢別生存状況、疾患別、地区別、医療機関別の取り扱い状況について検討を加えた。同様に2回目の調査でも72%が死亡し、死亡症例の66%が3ヵ月以内で、60歳、70歳代が同様に各30%弱を占め

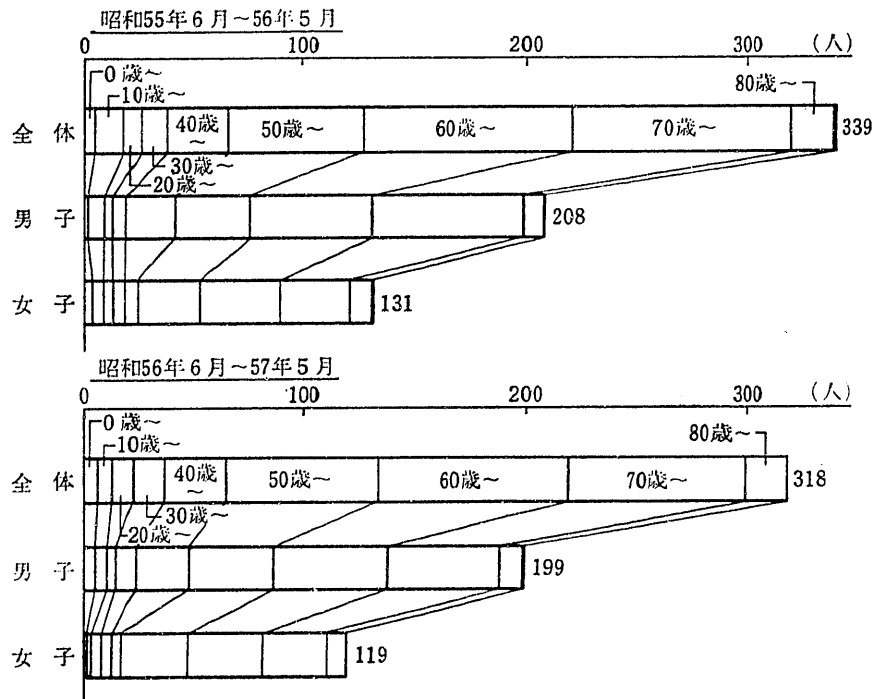


図1 高点数(20万点以上)請求レセプト患者の予後追跡調査(対象者の性別・年齢別人数)一覧(茨城県国保診療において)

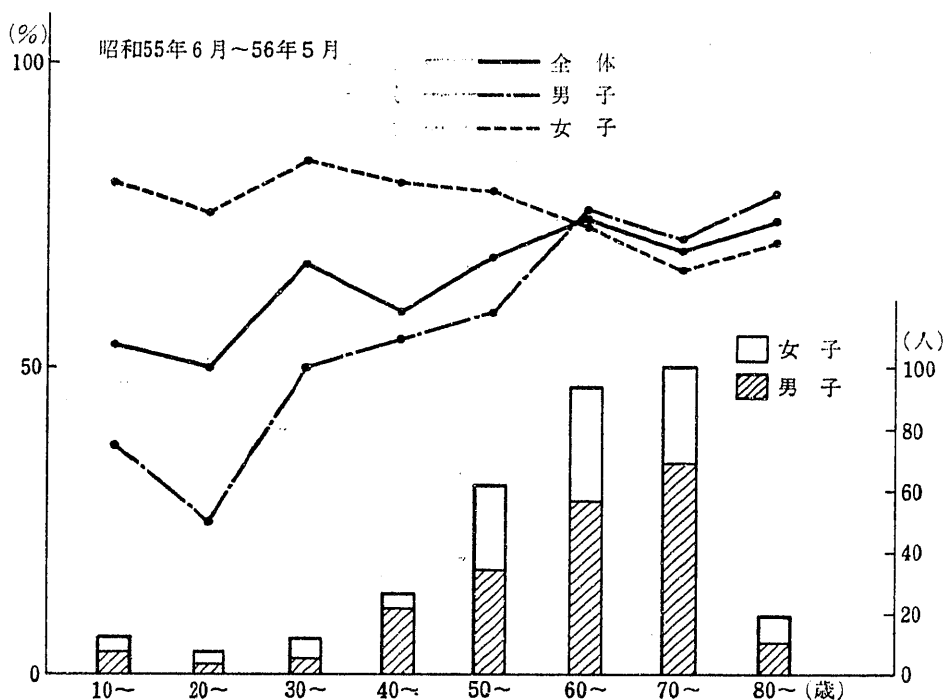


図2 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の予後追跡結果、年代別死亡率(昭和59年調査施行)(茨城県国保診療における)

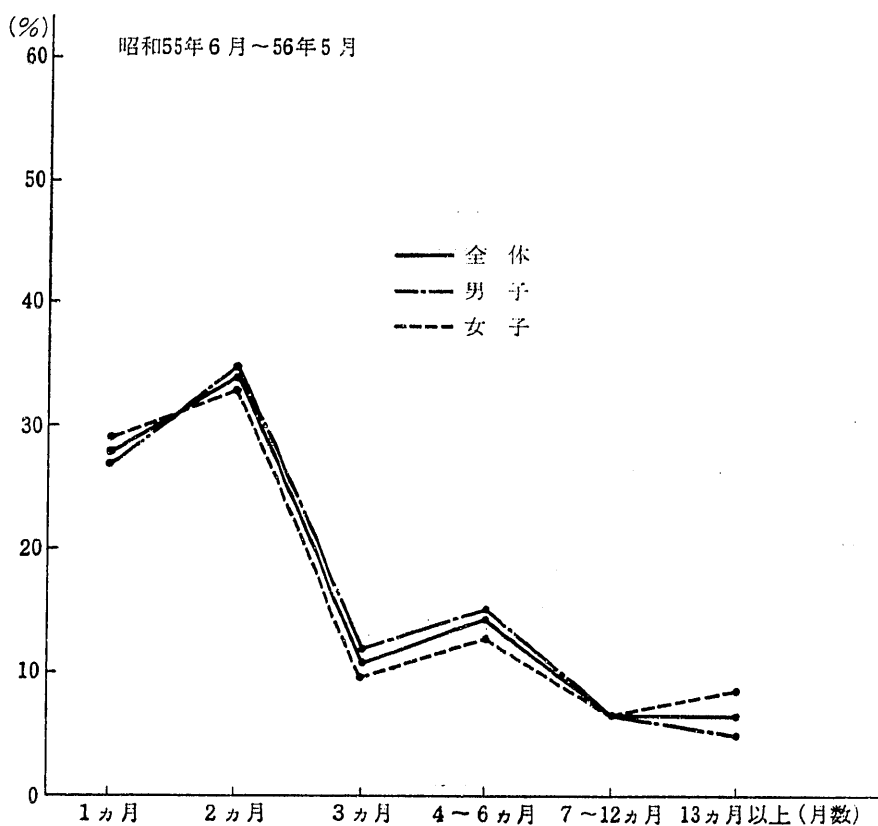


図3 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の死亡状況調査。レセプト請求月とその死亡までの月数(男女別)

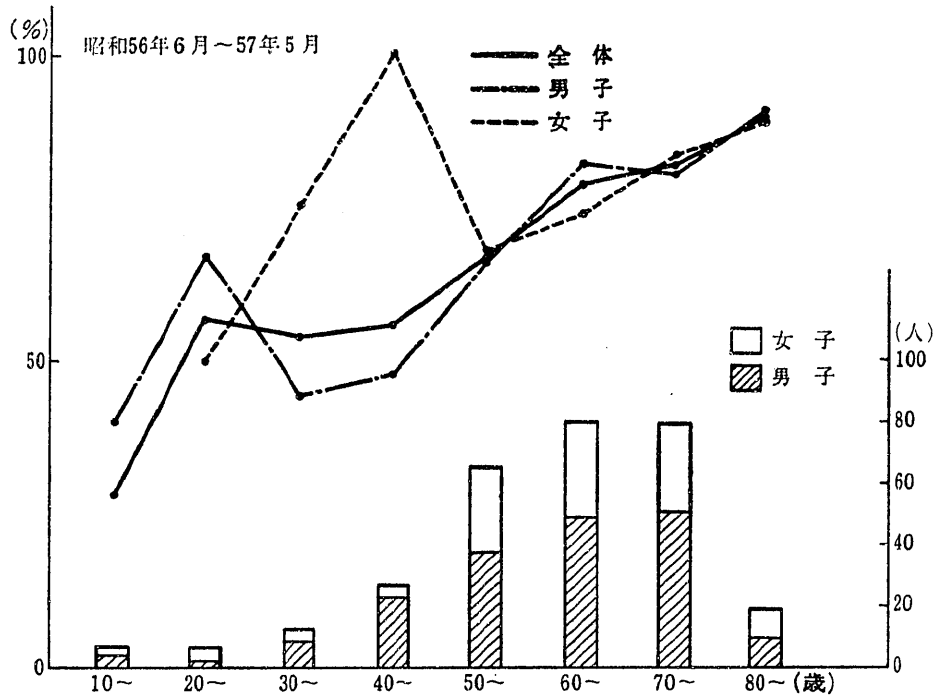


図4 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の予後追跡調査結果、年代別死亡率（昭和60年調査施行）（茨城県国保診療における）

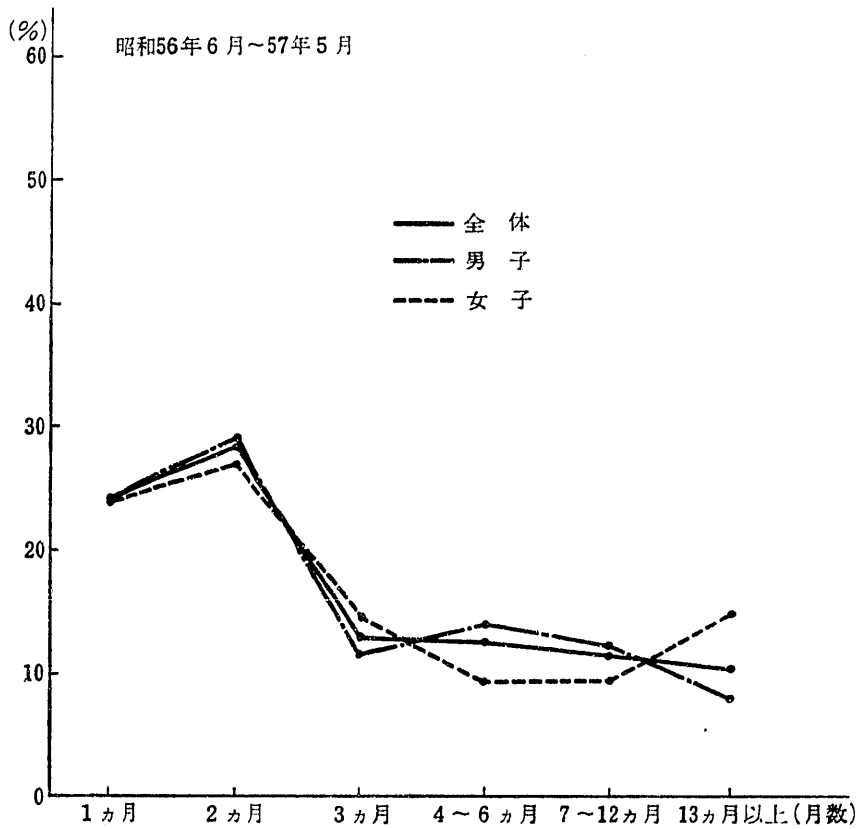


図5 1ヵ月20万点以上の高額療養費請求レセプト患者の死亡状況調査。死亡までの月数（男女別）

表 1 1人6ヵ月間内に1,000万円以上の高額療養費を要した患者一覧表
(茨城県国保診療において)

昭和55年6月～昭和56年5月(8人)						昭和56年6月～昭和57年5月(6人)					
生・死	性別	年齢	代表病名	町村	医療機関	生・死	性別	年齢	代表病名	町村	医療機関
死	♀	58歳	肝硬変	A市	A個人病院	死	♂	61歳	過誤腫	B市	B大学病院
死	♂	74	脳血栓	A村	B個人病院	死	♂	44	汎発性腹膜炎	B市	C法人病院
死	♂	64	うっ血性心不全	A町	A大学病院	死	♀	64	リンパ肉腫	E町	A大学病院
死	♀	56	直腸ガン	B町	A大学病院	生	♂	28	バージャー病	D村	A法人病院
死	♀	35	リンパ腫	C町	B大学病院	死	♂	19	脳腫瘍	F町	B大学病院
死	♂	54	細菌性心内膜炎	B村	A法人病院	死	♀	26	急性白血病	D町	C大学病院
死	♀	67	小腸腫瘍	C村	B法人病院						
死	♀	25	急性骨髄性白血病	D町	C大学病院						

ていた(図1, 2, 3, 4, 5)。また, 6ヵ月以内に1,000万円以上の高額療養費を要した昭和55年6月からの1年間の8人と56年6月から1年間の6人のうち, 生存例は28歳男子のバージャー病事例のみで, 他は表1の如くすべて死亡している。これらの調査事実の一部を参考にされたい。

5. 診療報酬体系の合理化

今回の診療報酬体系のなかには, 病院と診療所の機能分担と連携を推進するための種々の試みが盛り込まれてきており, 今後, これらをどのように育成させてゆくかの問題に移ってきた。しかし, 日本の病院の特徴が歴史的にも社会経済的にも欧米と異なっている点への配慮が欠けると, 問題となる。欧米では多くの病院は医師たちの組織や診療所(オフィス)と別立てで, いわゆるオープンシステムになっており, 合理的な面も多いが, コストもかかるような仕組みになっている。一方, 日本における多くの中小病院では, 入院も外来も同じ医師が診療を行っており, 医師の負担の多いなかで比較的効率のよい結果を得ている。このような現状に即して, 医療費を病院と診療所にどのように配分するか, また病院に配分する場合にも, 外来部門と入院部門にどのように配分するかなど, 欧米の場合と異なった視点で行わなければならない。

甲表, 乙表の2つの体系が存在するなどの日本の医療費の変則的な部分は, 医療費の配分しだいで早急に一本化すべきもので, そのうえで技術料, 診察料等を重視する政策をすすめるべきであ

る。

医療の分化と協力は当然の流れで, 医の本質はひとつでも実際の現場での仕事の在り方, 体制は多様である。医療の社会的役割の現実をみると, 例えば生活指導の場合でも, 疾病の個人的レベルあるいはマス・レベルの予防の問題, 生活環境の整備の問題, 労働行政, 保健行政の部分がある。さらに市民生活のなかでその健康を守り病苦を癒すべく努めるホームドクター的な分野や, 近代的設備, 施設を整え, 専門的知識と技術を駆使しうるチームを備えた病院の存在など種々の側面がある。病院にも急性的, 集中的治療と慢性的状態, 機能再建的に対応するものがある。

このように機能上の分化が明らかになることが医療の社会的進歩とするならば, 医療の世界も適切な機能分担, 機能分化の体制をとらなければならない。しかし, あくまでも, 「医の総体」のなかで自主的, 自覚的に相互の連携・協調を保ったうえでの分化であり, 分担でなければならない。この機能分化が医療従事者の待遇上や社会的評価上での格差につながるような流れは断ち切れねばならない。

高齢化社会への急速な進展は, 老人医療の問題と在宅ケアや患者の自己管理の増大などへとつながる。老人医療の特性は, 老人保健法制定にあたっての基本的な考え方でもみられるように, 「老人は一般に病気にかかりやすく, しかも1人で多くの病気をもっていること, その病気には高血圧等循環器系の慢性疾患が多いこと, 加齢による老化も加わって機能障害を起こしやすいこと, 健康

に対する精神面の不安感が大きいことなどの心身の特性を有する」である。したがって老人医療のなかには種々の側面から下記の如き諸問題が生じることが考えられる。

- ① 老人の特性の第一は個人差が大きいことであり、個人差の大きな集団に対する応接、対応の仕方は画一的であってはならず、多様な要求にこたえるべき準備が必要であると考えられるが、この一見無駄と思われる余裕のある体制を作ることに、国民がどこまで協力するかが問題となる。
- ② 老人の医療費が高いのは、個人負担が無料であることから、病院をハシゴすることなどが大きく影響するといわれるが、病気にかかりやすく、しかも1人で多くの病気に悩まされているという老人の特性からの行為とも解され、それに対応する体制を作らねばならない。
- ③ 老人の体調を乱す慢性の病気は、循環器系のみならず呼吸器系、筋骨格系などにみられるが、医療機関への受診期間も長くなり、入院も長期化しやすい。この点に対する理解に乏しいことや、これに伴う技術料や入院料が問題となる。
- ④ 病気の症状が乏しいか、もしくは非定型的なことも多いが、この特徴を理解すれば、周囲のものが老人を注意深く観察して、労をいとわずに必要な診察や検査を行わねばならない。特に近年、非侵襲的な検査法の発達によってその対応は容易になったが、単に経済的諸経費の関連からのみ検査の反復が制限されていることには問題がある。
- ⑤ 老人の病気は回復力が低下し余病を併発しやすく、水分の欠乏に弱く、薬物に対する反応も多様であるなど、その経過は遅延したり、円滑にゆかぬことも多い点が理解されにくい。
- ⑥ 老化現象が生理的老化であるか、病的老化であるかは、理論的な実証は実際上困難であり、医療の対象とすべき部分への評価がむずかしい。

⑦ 症状の固定した病気という表現が用いられるが、結果的にいえることで、それを予見することはむずかしく、退院基準や治療にあっても困難が多いが、退院後の在宅ケアでも多くの問題点が生じている。

在宅ケアに関しても、単に往診料の引き上げや在宅酸素療法や在宅中心静脈栄養法等の指導管理料などの問題だけではなく、そのあるべき姿、望ましい状況が実現できるような社会経済的環境の整備などが、医療と福祉との連携問題の基本にあつて、家族機能にたよる家族内労働力の限界などに対して多彩な中間施設の充実とともに、地域ケア活動の育成が重要である。老人ケア体系は施設ケアよりはホームケアが望ましく、地域ケアの発想も居宅ケアの社会化によってつくられるので、居宅老人ケア体系こそ強く望まれる。しかし、老人が超高齢化した場合、ぼけ老人や寝たきり老人が急増し、看護者の高齢化、虚弱化とあいまって、新たな医療、福祉問題となってくる。

日本の医療がこれまで患者の地域生活などを軽視して、単に高度な医療だけを追求してきたことへの反省が、医療者側からも国民の側からも生まれてきている。慢性疾患患者、障害者の増加で、疾病の日常化現象が進むなかで、今後、ますます、患者自身による自己管理の比重、方向性が強まるであろう。患者の自己管理といっても、決して新しいことではなく、糖尿病や高血圧の食事療法を中心とした生活管理に始まり、自己血圧測定の普及に次いでインスリン自己注射、家庭透析などのように、医療行為と競合する面での自己管理や、難病患者や重症者の在宅治療に果たす家族などの行為もその範疇に入る。

しかし、自己管理と医療行為の重複する背景には、①医学・医療技術の進歩で、例えば経管栄養法のように境界領域にわたる技術が多くなったこと、②病院の機能が明確になるにつれて診断、治療の方法論が確立し、手術その他の特殊な治療をすることが病院の役割とされ、多くの医療技術が病院外へ流出してきたこと、③医療費の面からも、病院治療期間を減少方向に向けて、在宅治療や中間施設への患者移行が避けがなくなったこと

などがあげられる。

急性疾患における患者の役割に対して、慢性疾患における患者の役割というものが新たに問われてきた。患者の医療への積極的参加は権利であるとともに義務ともなっていており、すなわち、「働き方、休息のとり方、睡眠、食生活等の各種の療養生活を自分自身が創造的に作り出していくことが求められ、患者自身、甘えが許されなくなっていく」。このためには、自己管理を促す教育的医療、すなわち、喘息教室や糖尿病教室、夏季学校などの充実、その後の医師のチェックなどが大切となってきている。

医療は医師が独占すべきものではなく、患者と共有し、患者が自分のデータを医師へ提供して、専門的判断の参考にしてもらう時代に移ってきているのである。

III 今後の課題としての医療保険制度の未来像

社会保障費の配分方法に対する社会的合意は、年金に対する国民の支持に比べて、医療費に対しては厳しくなり、特にこれからは医療の効率性に対する要求が強くならざるをえない。人はだれでも生きている限り年をとり、老後の生活保障とりわけ年金問題は切実なものであり、関心も深く、納得しやすいものであるが、一方、医療保険の問

題は年金ほど切実な合意性は得られにくい。なぜならば、いつどんな病気にかかるかという不安は大きなものであるが、ほとんど病気らしいものもなく幸せにすごす人もおり、受益率はその偶発性とともに個人差が大きく、不安定要因があり、その再配分機構の間に医療従事者という第三者が介入している点などが考えられるからである。医療財源が年金とともに社会保障費の枠のなかで論じられつづければ、高齢人口の集積と医学の進歩に伴う医療密度の増加は、医療財源の配分をめぐって高度専門医療機関、中小病院、診療所、または診療科目別ごとなど個々の医療機関の間で対立的競合を招き、地域住民に対しても、地域医療体制に大きなひずみが生じる恐れがある。

これに対して、現在、表2の如く乱立している医療保険制度は、1億2,000万人の国民を5,200以上のグループに分けて、おのおのの保険料の負担も給付の状況も異なっているが、この状況を本来の国民皆保険の趣旨に沿って統合一本化することが重要である。

また、社会情勢の変化による国民負担の増加につれて、効率の悪い医療の一部は医療専門家側の判断のみにまかされずに、社会的要求として、社会保険ではなく受益者負担の自由診療化や私的医療保険の対応が必要となる。例えば脳死患者の生命維持医療をつづけることや、終末期医療のわずかな日時への生命延長医療などのために高額な医

表2 医療保険制度

A	被用者保険		
	1. 一般被用者保険	政府管掌保険	1
		健康保険組合	1,711
	2. 船員保険		1
	3. 日雇労働者保険		1
	4. 共済組合保険	国家公務員共済組合	25
		地方公務員共済組合	54
		公共企業体職員共済組合	3
		私立学校共済組合	1
B	国民健康保険	市町村国保	3,272
		国民健保組合	169
			3,441
			5,238

療費が投入されている現在の姿には疑問が投げかけられ、社会保険によるそれらへの治療適用は、ある意味のミニマム・スタンダードがひかれてきて、その守備範囲を超える部分は自由診療化される可能性が必要と思われる。

国民自身の選択が建前から本音を主体にして、人間の尊厳、誇りに対する各自の判断が社会の価値観を変えることが望まれる。このように医療活動に対する再評価への動きのひとつに、専門分化した医学に対して患者を、よりトータルにみる医療が求められている。

国民自身が地域保健、医療活動を担うホームドクターの育成強化を本当に要望するときに、初めて医療に対する考え方も変化すると思う。予防と健康づくりに重点が移り、在宅患者ケアや地域リハビリテーション活動に十分配慮した医療活動へ医療の重心が移り、現行の開業医制のうえにホームドクターとしての登録制などの導入が加わることによって、地域住民への健康相談、生活指導の技術を重視し、これらの技術に対する診療報酬の大幅引き上げが現在の薬づけ、検査づけなどと不当にいわれている現物給付出来高払い制を根本から変えていくことになる。

病院機能も、入院患者に対する医療技術向上による収益率の増加をかねて現在の出来高払いのみに固執せず、いま米国のメディケイドで試みられている診断分類別医療費支払制度 (DRG : Diagnosis Related Groups) の考え方を参考にして、技術料を十分に評価した形での病院経営の安定化が図られるべきものと考えられる。

医療従事者にとっても、自由競争の原理に基づいた専門的技術の切磋琢磨による評価が、療養費払いの理論の導入によりささえられてくれば、専門職としてのインテンシブも高まり、元来、勤勉な日本人の医療システム活性化につながると考える。

このような流れを育成するためにも、医療従事者と国民側が種々の形で話し合い、理解し合う場が各地域で多くできることを願っている。

医療の将来に大きな影響力をもつ医学教育は、医学部紛争以来、種々の面から取り上げられてき

てはいるものの、医者への適性や医療への情熱など人間性の問題や、国民が求める医師像や期待している医療活動に対応しうる医師の育成などがあまり進まず、科学技術としての医学への比重が先行している。医学教育とそれに影響力の著しい医師国家試験、さらに生涯教育研修の場に、医療を受ける立場の国民が不在であること、常日頃、住民の本音が出し合える場のないことなどが、問題の解決を遅らせてしまいか。

著者らが筑波大学医学専門学群の学生に試みている医療教育も、数多くの試行錯誤のひとつではあるが、開学以来8年目をおえたチーム医療実習などは、毎年種々の改善を加えつつ、医学教育学会、プライマリ・ケア学会などで報告し、批判をおおきながら、多少の成果をあげつつあると考えているので参考資料にあげておいたので参照されたい。

時代の進歩に伴い、教育の次に医療が国民の権利、国の義務として求められており、教育に関する論議と同様に医療に対しても根本的な再検討が求められるときがきている。国民の健康を中心において、保健・医療・福祉に対する総合的な適正な判断が要求される。

おわりに

国民の保健・医療・福祉対策は世界各国で模索をつづけており、特に高騰する医療費対策は医療保険対応での限界がいわれるなかで、英知をしばった対策が待たれている。

用語解説

- 1) ICU (Intensive Care Unit) 集中強化治療室で手のかかる重症患者、呼吸・循環管理の必要な術後患者のみを集めて、高密度の治療を行う所。心電図など種々の計器を用いて、患者の状態を常時モニターし、専任の医師・看護婦の24時間監視のもとで、異変に直ちに対応する救急医療の総合技術の場である。
- 2) NICU (Neonatal Intensive Care Unit) 新生児集中治療室は極小未熟児や危急新生児に対して集中的に救命救急医療を行う場で、保温・栄養・感染予防の原則と体液維持管理・黄疸管理・呼吸循環の管理が行われる。
- 3) サイクロトロン (Cyclotron) イオンのらせん形加

速器で、小型で高エネルギーが得られるので医療用につくられている。サイクロトロンは速中性子、荷電重粒子治療および放射性核種の製造に用いられる。

4) PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) 先端にバルーンをついたカテーテルによって、冠状動脈の狭窄部を開胸手術を行わずに、経皮的冠状動脈拡張術で狭窄部を緩和し心筋虚血の改善をさせる方法。

5) NMR-CT (Nuclear Magnetic Resonance-Computer Tomography) 自然界に分布する核磁気を検出する方法を用いる物質の定量法で、生体内の水素核および特定の核種を有する構成物質の計測が可能である。放射線などを使わないので人体への影響はなく、形態学的情報とともに生体組織の化学的変化、機能の変化まで検出し映像化できる。

6) 中心静脈栄養法 消化管を介さずに栄養物を直接静脈内に注入する方法のひとつで、カテーテルの先端を中心静脈に置き、注入された液が多量の血液で希釈されるようにした方法で、広く普及してきている。

7) DRG (Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System) 米国において医療費急増対策を狙いとして、メディケア病院費の支払いに導入されたもので、支払額は467の診断群ごとに事前に決定されるもので、日本の出来高払いとは、行為ごとに金額が定められている点で異なる。DRGは医療の標準化を試みて、投入される物品を量的にも質的にも標準化し、医師および病院関係者にコスト意識を高めている。

参考資料・文献

- [1] 「診療報酬改定の概要」厚生省保険局資料, 1984年。
- [2] 「21世紀へ向う医療保険——健康保険制度の改革——」厚生省保険局資料, 1984年。
- [3] 「健保法等改正はこう行われる」『社会保険旬報』No. 1476, 1984年, 7-16頁。
- [4] 「改正健保法のポイント」『社会保険旬報』No.

1481, 1984年, 6-11頁。

- [5] 佐分利輝彦他「今後の課題, 診療報酬体系・医療供給体制のあり方をめぐって」座談会『日本医事新報』No. 3178, 1985年, 3-14頁。
 - [6] 佐分利輝彦他「今後の課題, 診療報酬体系・医療供給体制のあり方をめぐって」座談会『日本医事新報』No. 3179, 1985年, 43-53頁。
 - [7] 丸山正義他「医療保険制度の未来像」シンポジウム『日本医師会雑誌』No. 93, 1985年, 649-703頁。
 - [8] 市川 洋「社会保障と医療の将来展望」『週刊社会保障』Vol. 39, No. 1334, 1985年, 14-17頁。
 - [9] 広海孝一「医療保険改革と残された問題」『社会保険旬報』No. 1482, 1984年, 6-9頁。
 - [10] 伊藤忠厚他「健保改正と大学病院の関連について」医療問題懇談会『医学と医療』Vol. 218, 1985年, 1-7頁。
 - [11] 日野透逸「DRGの波紋と対応」『季刊社会保障研究』Vol. 20, No. 2, 1984年, 148-154頁。
 - [12] 田中恒男『社会医学の考え方』NHK ブックス, 1973年。
 - [13] 『日本の条件 9 医療』日本放送出版協会, 1984年。
 - [14] 土屋 滋「老人と疾病, 老人の保健管理, 筑波大学医学専門学群」『人間集団生物学テキスト』1985年, 250-263頁。
 - [15] 土屋 滋他「チーム医療実習4年間の検討」『医学教育』Vol. 13, 1982年, 107-112頁。
 - [16] 土屋 滋他「チーム医療実習に対する看護サイドの見方」『医学教育』Vol. 13, 1982年, 279-283頁。
 - [17] 土屋 滋他「筑波大学におけるチーム医療実習実施の背景と8年間の実践」『日本プライマリ・ケア学会誌』Vol. 8, 1985年, Suppl., 103頁。
 - [18] 土屋 滋他「筑波大学におけるチーム医療実習, 8年間の経験から」『医学教育』Vol. 16, 1985年, 159頁。
- (つちや・しげる 筑波大学社会医学系助教授)